

CASOS EDO POR DISTRITO*. Semanas 16/2017 a 19/2017

*Casos EDO confirmados y/o probables. Datos provisionales.

Enfermedad	Distrito	Últimas 4 semanas	Promedio en 3 años previos
Enf. Neumoc. Inv.	Bahía de Cádiz-La Janda	4	1,3
Hepatitis A	A. G. S. Campo de Gibraltar	4	0,3
Hepatitis A	A.G.S. Este de Málaga-Axarquía	4	0,0
Hepatitis A	Costa del Sol	8	0,0
Hepatitis A	Granada	5	0,3
Hepatitis A	Huelva-Costa	5	0,0
Hepatitis A	Málaga	5	1,0
Hepatitis A	Metropolitano de Granada	4	1,0
Hepatitis A	Sevilla	4	2,0
Hepatitis C	A. G. S. Norte de Almería	3	0,7
Hepatitis C	A. G. S. Sur de Granada	3	0,0
Herpes Genital	A.G.S. Nordeste de Granada	3	0,0
Chlamydia	Metropolitano de Granada	3	1,7
Chlamydia	Metropolitano de Granada	3	1,7
Inf. gonocóc.	Costa del Sol	6	3,3
Inf. gonocóc.	Granada	4	1,0
Parotiditis	A. G. S. Norte de Almería	3	0,0
Parotiditis	A.G.S. Sur de Córdoba	10	0,0
Parotiditis	Aljarafe	6	0,7
Parotiditis	Córdoba	4	0,0
Parotiditis	Sevilla	5	1,0
Parotiditis	Sierra de Cádiz	3	0,3
Sífilis	A. G. S. Sur de Granada	3	1,3
Sífilis	Sevilla Norte	4	1,3
Varicela	Metropolitano de Granada	3	0,3

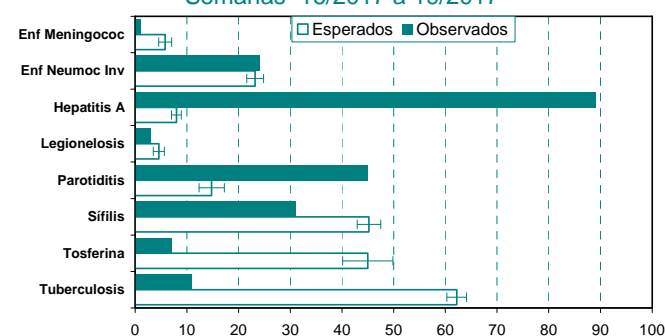
→Se muestran los distritos con exceso de casos de alguna EDO. La columna coloreada indica el criterio de exceso que se cumple:

(1) El nº de casos de la semana supera en más de 1,5 veces el promedio de las 3 semanas inmediatamente anteriores a la misma.

(2) El nº de casos de las últimas 4 semanas supera en más de 1,5 veces el promedio del mismo período en los 3 años anteriores.

CASOS OBSERVADOS VS ESPERADOS. ANDALUCÍA.

Semanas 16/2017 a 19/2017



Casos observados frente a esperados de 8 EDO con alta incidencia.

■ Observados: Nº de casos de las últimas 4 semanas.

■ Esperados: Media de casos de las últimas 4 semanas de 5 años anteriores e I.C. 95%.

REVISIÓN DEL SÍNDROME TÓXICO DEL POLO ANTERIOR OCULAR TRAS CIRUGÍA DE CATARATAS COMO PARTE DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

INTRODUCCIÓN

El síndrome tóxico del polo anterior (TASS según sus siglas en inglés) es una patología inflamatoria aguda inespecífica que afecta al segmento anterior del globo ocular y puede tener múltiples y diversas causas. Una de las causas descritas es la agresión sufrida tras cirugía del polo anterior, principalmente la facoemulsificación de la catarata, por ser la intervención más frecuentemente realizada.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La cirugía de la catarata es una intervención que suele realizarse sin complicaciones, por lo que generalmente se re realiza en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Para su desarrollo, precisa de un equipo facoemulsificador, que consta de un módulo generador de ultrasonidos que aplica esta señal a un transductor eléctrico denominado pieza de mano. La pieza de mano es intercambiable, se esteriliza y se usa indistintamente en los diferentes quirófanos de cataratas. La única parte de esta pieza de mano que entra en el globo ocular del paciente es la punta, la cual se cubre con un protector de silicona desechable en cada cirugía. El equipo además dispone de una unidad de irrigación y

aspiración que permite retirar los residuos del cristalino fragmentado que se recoge en una compartimento de depósito que debe cambiarse en cada intervención. Durante toda la cirugía es necesario reponer el líquido aspirado del ojo inyectando una solución salina. Ambas operaciones (irrigación-aspiración) se realizan también a través de la pieza de mano.

El resto de material usado para la cirugía también se esteriliza en cada intervención, aunque gran parte de él es de un solo uso y viene incluido en el pack adquirido a la casa comercial.

ANTECEDENTES/ETIOLOGÍA:

La etiología exacta del TASS permanece aún desconocida. La bibliografía publicada describe diferentes causas que podrían originarlo; la mayoría de los artículos las clasifican en estos 4 grupos:

- Uso de material quirúrgico reutilizable con un proceso de limpieza/esterilización deficitaria: por un proceso incompleto o fallido de esterilización, o por contaminación de las piezas después de la misma. En un artículo de A.L. Sorenson publicado en la Journal Cataract refractive Surgery, se

objetivó que este síndrome estaba relacionado con el depósito de biofilm bacteriano en las paredes del reservorio del autoclave de vapor, pudiendo transportarse antígenos bacterianos y depositarse en el material quirúrgico, provocando el cuadro de inflamación.

- Soluciones en mal estado utilizadas durante la cirugía, como viscoelásticos, sustancias tintadas que facilitan la intervención, etc... Como ejemplo de esto, tenemos que en 2016, la Agencia Española del Medicamento informó de una alerta, por la que se debían retirar todos los depósitos existentes de perfluorooctano (gas utilizado en la cirugía vitreorretiniana) de un laboratorio específico, por detectar una anomalía en la composición del mismo.
- El mal estado o funcionamiento del material utilizado para la intervención: LIOs caducadas o en mal estado, anillos de tensión capsular defectuosos...etc., así como uso de material con componentes tóxicos para el globo ocular. Cabe destacar la sospecha de relación de un brote en la comunidad de Aragón en Marzo de 2017, que parece estar relacionado con el uso de una marca comercial de guantes quirúrgicos sin polvo.
- Reutilización o mal uso del material quirúrgico desechable: En ocasiones se reutiliza material quirúrgico desechable, esterilizándolo como si fuese reutilizable (fundas de silicona de las puntas de la pieza de mano) o sin esterilizarlo entre paciente y paciente, (pack de irrigación aspiración del facoemulsificador), sin ser esto recomendado por el fabricante, con los riesgos que conlleva.

Uno de los primeros brotes declarados, ocurrió en Norteamérica en 2006, y afectó a unos 100 centros quirúrgicos. Desde entonces, la FDA (Food and Drugs Administration de Norteamérica) implementó un programa de vigilancia y control específico para TASS. A pesar de todos los estudios y esfuerzos, en la mayoría de los clusters no se llega a identificarse la causa que lo produce.

ESTADO ACTUAL:

Aunque es un síndrome bastante raro, en el pasado mes de Marzo se detectaron dos agrupaciones de casos en la comunidad de Aragón. La primera con 18 casos entre los días 1-3 Marzo, y la segunda con 13 casos entre el 15-16 Marzo. Hubo otra agrupación de 4 casos previa, en otro hospital de la misma gerencia.

El día 16 de Marzo, en Andalucía se declara un brote por esta misma patología. Se trata de 11 casos, intervenidos todos de catarata en el servicio de Oftalmología de un hospital de la comunidad entre el 6 y el 29 de Marzo.

Se realiza investigación epidemiológica para determinar la causa del brote de Andalucía. Se trata de diferentes días de cirugía, realizada por múltiples facultativos y en diversos quirófanos. Cabe destacar que en ningún caso el afectado fue el primer operado de la jornada. Se toman medidas de control (tabla 1) que han evitado la aparición de nuevos casos. Todos los pacientes han alcanzado curación sin secuelas, por lo que se cierra el brote a fecha 12/05/2017.

Tabla 1: Medidas de control del brote de Andalucía.

- Se revisan las historias clínicas de los casos y se recoge información detallada de los mismos.
- Se indica a los facultativos de oftalmología la búsqueda activa de casos y comunicación inmediata a Medicina Preventiva de nuevos casos de TASS, así como en el registro exhaustivo del cirujano principal que realiza el procedimiento y de la administración de medicación intracamerular.
- Se revisa la periodicidad de cambio de filtros del sistema de ventilación de los quirófanos de Oftalmología.
- Se comprueba que los casos han sido intervenidos en los quirófanos 29, 30 y 31.
- Se realiza toma de muestras microbiológicas de bioseguridad ambiental en dichos quirófanos comprobándose un nivel de calidad ambiental adecuado.

- Se recuerdan las normas de vestimenta y circulación en quirófanos, así como la higiene de manos quirúrgica con solución hidroalcohólica o lavado quirúrgico con agua y jabón antiséptico entre cada intervención.
- Se mantiene una retirada cautelosa el uso de los guantes de látex sin polvo de la marca comercial MEDLINE, implicados en la Alerta emitida por el Servicio de Salud de Aragón y se retiran del uso los guantes con polvo.
- Se recuerda el aclarado del instrumental quirúrgico no desechable con agua estéril/destilada y su completo secado previo al proceso de esterilización. Recomendando el secado de lúmenes con pistola de aire medicinal..
- Se recomienda evitar mantener suero de irrigación ocular en recipiente abierto durante la intervención, sustituyéndolo por suero en envase cerrado, del que se extrae la cantidad precisa con técnica aséptica.
- Se introduce el uso de agua destilada en la cubeta de ultrasonidos y la limpieza de la misma al final de la jornada con desinfectante alcohólico (Instrunet FA Spray®), para facilitar la eliminación de biofilm y el correcto secado de la misma. Se elabora la Instrucción Técnica de limpieza de instrumental quirúrgico oftalmológico.
- La unidad de Farmacia descarta la posible alteración de la viscosidad de la preparación de cefuroxima para aplicación intracamerular.
- Se retiran los actuales protectores de puntas del instrumental quirúrgico delicado, para su procesamiento en autoclave, hasta comprobar su compatibilidad con el ciclo de esterilización de vapor.
- Se indica no utilizar una gasa protectora en los mandos de los microscopios de Oftalmología, sustituyéndola por funda protectora específica, con recambio entre pacientes.
- Se indica registro de instrumental esterilizado en el área quirúrgica, para identificar las intervenciones donde se utiliza este material y diferenciarlas del material procesado en la Central de esterilización. (Trazado del material).
- Se imparten sesiones informativas a los profesionales de oftalmología, con contenidos sobre las medidas de prevención y control del brote de TASS.

DISCUSION/CONCLUSIONES

El TASS es un síndrome de etiología aún desconocida, pero cuyo estudio nos orienta a pensar que puede tratarse de contaminación del material quirúrgico con sustancias tóxicas, como químicos del material usado para la intervención, restos biológicos de otras intervenciones o partículas de microorganismos depositadas en los dispositivos usados para la limpieza y esterilización del material. Su incidencia podría reducirse, extremando las medidas de higiene, desinfección y esterilización en los quirófanos.

El brote acontecido en nuestra comunidad pone de manifiesto la necesidad de revisar el seguimiento de los protocolos de limpieza y esterilización del instrumental en los quirófanos así como el manejo de material quirúrgico recomendado para cada cirugía. También debemos reforzar las medidas de precaución estándar, como la higiene de manos, y el cumplimiento estricto de medidas de vestimenta y circulación en quirófanos, evitando la apertura de puertas durante la intervención, limitando el número de profesionales en el quirófano, utilizando correctamente los gorros y mascarillas y ropa y calzado específicos para este entorno.

Gran parte de los eventos adversos ocurridos en un hospital son debidos a comportamientos erróneos de los profesionales, que son transmitidos desde el personal experimentado a otros en fase aprendizaje. Es por ello de vital importancia, vigilar estos comportamientos, para poder identificarlos y así reducir su incidencia en nuestros centros, dentro de las diferentes estrategias para mejorar la seguridad del paciente.

Autoría: Ramos Cuadra, A. (1); Lorenzo Ortega, R (2); Ortiz González-Serna R (2); (1) Unidad de Preventiva Hospital Virgen de las Nieves. Granada. (2) Sº Vigilancia y Salud Laboral, Consejería de Salud.

Gripe

El periodo de vigilancia de la temporada de gripe 2016-2017 finaliza en la semana 20/2017. Esta semana el Sistema de Vigilancia Centinela de Gripe en Andalucía no registró ningún caso sospechoso. En la temporada que finaliza se han detectado un total de 308 virus de la gripe; 304 (98,7%) fueron virus tipo A (el 99% de los subtipados fueron AH3 y el 1% AH1N1pdm09), 2 virus tipo B y 2 tipo C.

Semana	10	11	12	13	14	15	16	17*	18	19	20
Médicos Declarantes	70	63	62	63	63	43	50	56	54	53	47
Tasa incidencia gripe (x 10⁵)	10,4	11	8,5	6,8	4,61	0	7,3	0	0	2,7	0

Sistema de Vigilancia de la Gripe en España: En la semana 19/2017 persisten bajos niveles de actividad gripal, con una tasa de incidencia de gripe de 2,2 casos por 100.000 habitantes. Ninguna de las 11 muestras fue positiva para virus gripales. Desde el inicio de la temporada, se observa una circulación mayoritaria de virus A (99%) con un predominio casi absoluto de A(H3N2) entre los subtipados (99%). Desde el inicio de la temporada 2016-17 se han notificado 2.848 casos graves hospitalizados confirmados de gripe. En el 99,2% de los pacientes se identificó el virus de la gripe A (99,5% de A(H3N2) entre los A subtipados). Se han registrado 414 defunciones confirmadas, asociándose el 99,8% a virus A [253 A(H3N2) y 160 A no subtipado] y el 84% en mayores de 64

años.

Vigilancia de la Gripe en Europa (ECDC): En la semana 18/2017 todos los países señalan un nivel de intensidad basal. La tasa de detección 12% se encuentra ya por debajo del umbral epidémico. En esta semana 18/2016, todas las muestras centinela positivas fueron tipo B, En lo que va de temporada, el 90% de virus fueron tipo A, siendo A(H3N2) el 99% de los virus subtipados.. En cuanto a casos graves hospitalizados confirmados de gripe, el 97% fueron por virus tipo A (91% de los subtipados A(H3N2), y 9% A(H1N1)pdm09). El 64% eran mayores de 64 años, y el 5% menores de 15.

Gripe Centinela Andalucía 2016-2017
Tasa incidencia semanal y detecciones virales

